フリガナ	生年月日		
氏名	T S H　　年　　月　　日		
ご住所　〒	**本日の体温**　　℃	連絡先	自宅　　－　　－ 携帯　　－　　－

♦問1　本日の症状

□発熱　　□頭痛　□関節痛　□のどが痛い　□咳
□鼻水　□腹痛　□下痢　□おう吐　□ひん尿　□排尿痛
その他(　　)

再診の方はここまでの記入で結構です。

♦問2　既往歴《これまでに診断されたり、治療中の病気》

□喘息　□じんましんなどのｱﾚﾙｷﾞｰ疾患　□心臓病　□高血圧
□腎疾患　□肝臓病　□糖尿病　□異常体質　□なし
その他(　　)

♦問3　手術を受けたことはありますか

□あり（手術名　　）　□なし

♦問4　薬による異常《注射・薬・ぬり薬・点眼薬・その他の薬で異常が起こったことがありますか》

□あり　（薬品名　　）　□なし　□わからない

♦問5食品ｱﾚﾙｷﾞｰについて

□あり　（食品名　　）　□なし　□わからない

♦問6けいれんを起こした事はありますか

□はい　　□いいえ　　□わからない

♦問7ご家族にｱﾚﾙｷﾞｰの方はいますか

□いる　　□いない　　□わからない

♦問8タバコは吸いますか

□吸う　（1日平均　　本）□吸わない

♦問9ご家族で重大な病気の方はいますか

□いる　　□いない　　□わからない

♦問10女性のみ　現在妊娠していますか

□している　□していない　□わからない